

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041201

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : NGUIDA HAMIA Société : Mle 459  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : NGUIDA HAMIA  
 Date de naissance : 01-06-1944  
 Adresse : 29 Rue Mohamed LAAROUSSI Apt 1  
CASABLANCA  
 Tél. : 0662890795 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/07/2020  
 Nom et prénom du malade : NGUIDA AMINA Age : .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 10/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/01 2020	C2+G1	3	70000A	
10/01 2020	Educatif			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

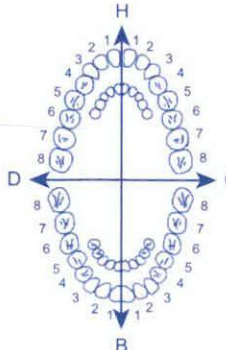
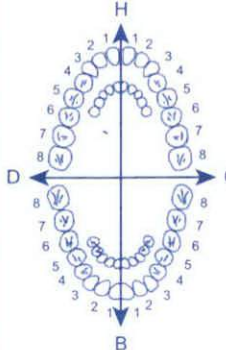
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Cardiologie Val d'Anfa**

**URGENCES**  
**24/24**  
**05 22 36 09 09**

**Dr Najib GARTI**  
Cardiologue - Rythmologue  
Pace Maker  
Défibrillateurs

Cryoablation de la Fibrillation  
auriculaire

Traitement des troubles du rythme  
par Radiofréquence

Echocardiographie Doppler.Couleur  
Epreuve d'effort

Holter tensionnel et rythmique

Diplômé de la faculté de médecine  
de limoges (France)

Sur Rendez - Vous  
Gsm : 0661 24 30 06

Casablanca, le

10/01/2020

Mr (Mme)

RIDA AMINA

Echo l'oeur



19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa) - Casa  
Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 001584040000063

Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88

E-mail : garti.najib@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.com

**URGENCES**  
**24/24**  
**05 22 36 09 09**

**Dr Najib GARTI**  
Cardiologue - Rythmologue  
Pace Maker  
Défibrillateurs  
Cryoablation de la Fibrillation  
auriculaire  
Traitement des troubles du rythme  
par Radiofréquence  
Echocardiographie Doppler Couleur  
Epreuve d'effort  
Holter tensionnel et rythmique  
Diplômé de la faculté de médecine  
de limoges (France)  
Sur Rendez - Vous

Casablanca, le 10/01/2020

Mr (Mme)

RIDA AMINA

## Facture

- Consultation + ECG : 3000 MA
- Echographie Cardiaque : 4000 MA
- Holter Tensionnel :
- Holter Rythmique :
- Epreuve D'effort :
- Tilt Test :
- Echo-Doppler Vasculaire :
- Programmation de Pace Maker :
- Programmation de Défibrillateur :
- Autres :

**Total :** 7000 MA

Arrêtée la présente facture à la somme de :

7 mille Dirhams

**SERVICE DE CARDIOLOGIE VAL D'ANFA**  
19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa, Casablanca

**ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER COULEUR**

Nom : **RIDA AMINA**

Age : **ans**  
Date : 10/ 01 / 2020

Sexe : **F**  
Médecin demandeur :

- Indication :
- Conditions Techniques : bonnes
- Racine de l'Aorte : calcifiée, non dilatée : 35 mm.
- Valve Aortique : normal.
- Oreillette Gauche : dilatée : 48 mm.
- Valve Mitrale : normale.
- Ventricule Gauche : non dilaté : D.T.D.= 49 mm ; D.T.S. = 31 mm.  
non Hypertrophié. S.I.V.d.= 7mm ; P.P.d.= 8 mm.  
Cœur normokinétique. Fraction d'éjection estimée à 67 %.
- Ventricule Droit : non dilaté : 13 mm.
- Valve Tricuspidé : normale.
- Valve Pulmonaire : R.A.S.
- Péricarde : libre.
- Autre : Pas d'épanchement péricardique.

**DIMENSIONS DES CAVITES CARDIAQUES ET DE LA RACINE DE L'AORTE**

Racine de L'Aorte	Oreillette Gauche	Distance E- Septum	Ventricule Gauche	Ventricule Droit	Fraction D'éjection
48 mm ( 20 à 37 mm )	48 mm ( 19 à 40 mm )	05 mm ( inf. à 5 mm )	D.T.D.:49 mm D.T.S.:31 mm F.R. 35%	13 mm (inf. à 26 mm )	67%

**DOPPLER CONTINU, PULSE ET COULEUR**

- Flux Mitral : flux diastolique non accéléré.  
Pas d'insuffisance mitrale.
- Flux Aortique : non accéléré Vmax. 0.85 m/s.  
Pas d'insuffisance aortique.
- Flux Tricuspidé : IT. mm Hg.
- Flux Pulmonaire : non accéléré.

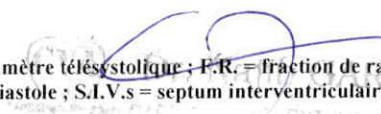
**CONCLUSION : BONNE FONCTION SYSTOLIQUE DU VENTRICULAIRE GAUCHE. FRACTION D'EJECTION ESTIMEE A 67%. OREILLETTE GAUCHE DILATEE. PAS D'EPANCHEMENT PERICARDIQUE.**

Signé : Docteur Najib GARTI

Abréviations : D.T.S. = diamètre téléstolique ; D.T.D. = diamètre télédiastolique ; F.R. = fraction de raccourcissement, F.E. = fraction d'éjection. S.I.V.d = septum interventriculaire en diastole ; S.I.V.s = septum interventriculaire en systole

**I**

**CA.T. Prophylaxie contre l'endocardite infectieuse.**

  
**Dr. Najib GARTI - Cardiologue**  
 19, Bd. Franklin Roosevelt, Casablanca  
 Tel : 05 22 36 68 09 - GSM : 05 61 24 35 06

Id :10012020

Rida, Amina

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille :0 cm Poids :0 kg TA :0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

10/01/2020 16:14:37

FC: 91 bpm

PR: 130 ms

QRS: 98 ms

QT/QTcH: 364/418 ms

QTcB: 448 ms

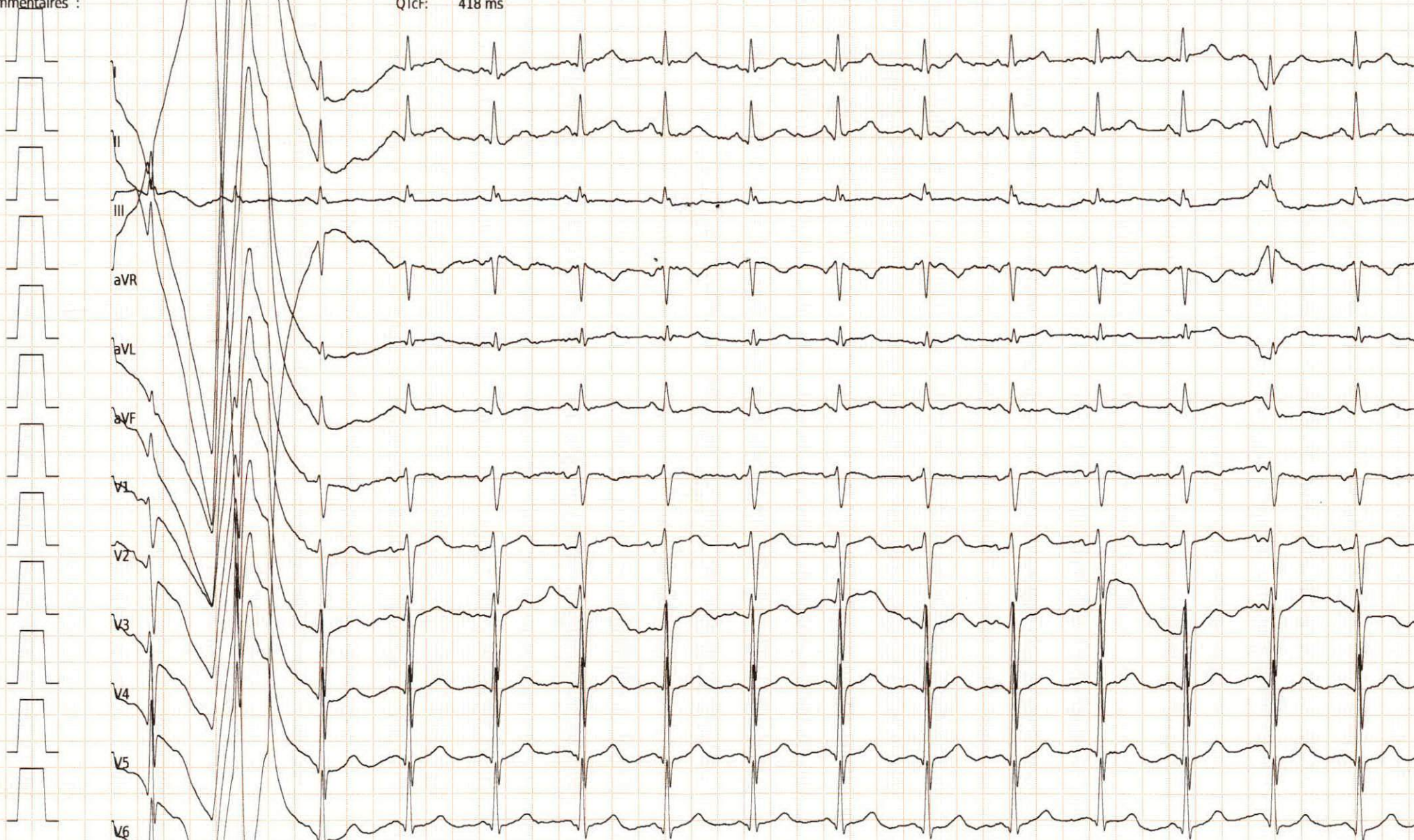
QTcF: 418 ms

Rv5-6/Sv1 : 2.06/0.58 mV

Sok-Lyon : 2.64 mV

Axe: 54/52/18 °

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*



Dép. : 25mm/s 10mm/mV 0.05-25Hz/50Hz Cardioline ECG200+ v.2.01.5558